

**DEPARTMENT OF STATE HOSPITALS - ATASCADERO**

PO Box 7001  
 Atascadero, CA 93423-7001  
 805-468-2001



Febrero 7, 2020

Querido Visitante:

Para asegurarnos y garantizar la salud de nuestros pacientes y empleados, les pedimos que por favor complete el siguiente cuestionario cada vez que nos visita para indicar si actualmente usted tiene cualquiera de las siguientes condiciones.

- |  |    |       |    |       |
|--|----|-------|----|-------|
| 1. ¿Fiebre activa o fiebre ( $\geq 100^{\circ}\text{F}$ ) en los últimos 7 días?   | Sí | _____ | No | _____ |
| 2. ¿Tos Activa?  | Sí | _____ | No | _____ |
| 3. ¿Escalofríos con temblor?   | Sí | _____ | No | _____ |
| 4. ¿Dolor de garganta con o sin inflamación de sus glándulas en el cuello?   | Sí | _____ | No | _____ |
| 5. ¿Dolor severo o inusual de cabeza y cuello?   | Sí | _____ | No | _____ |
| 6. ¿Vomito o diarrea en las últimas 48 horas?  | Sí | _____ | No | _____ |
| 7. ¿Ha recibido tratamiento de una condición contagiosa en las últimas 2 semanas (sarna, piojos, etc)?   | Sí | _____ | No | _____ |
| 8. ¿En el mes pasado ha estado usted alrededor de una persona que tenga la tos ferina, sarampión, paperas, varicela o el herpes zoster y usted nunca los a tenido o ha sido vacunado contra ellas? | Sí | _____ | No | _____ |
| 9. ¿Ya recibido vacuna para la temporada de la gripe de 2019-2020? (Debe proporcionar prueba que recibió la vacuna contra la gripe o usar una mascarilla)  | Sí | _____ | No | _____ |
| 10. ¿Ha viajado a la provincia de Hubei o al país de la China en los últimos 14 días?  | Sí | _____ | No | _____ |

Si usted tiene algunas de las condiciones mencionadas arriba, su visita de hoy puede ser cancelada, le aconsejamos que busque atención medica con su medico lo más pronto posible.

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Una vez que se recupere usted puede regresar a visitar.  
 Gracias por su cooperación.

(Firma Original)

Jason Black  
 Director Ejecutivo